

セカンドオピニオン申込書

年 月 日

下記のとおり、セカンドオピニオンを申し込みます。

フリガナ
1) 依頼者氏名 :

患者との続柄 :

郵便番号 :

住所 :

電話番号 :

携帯番号 :

フリガナ
2) 患者氏名 :

生年月日 :

郵便番号 :

住所 :

電話番号 :

携帯番号 :

3) 診 断 名 :

4) 医療機関名 :

主治医氏名 :

5) 現在の症状 :

6) 今までの経過 (できるだけ詳しくご記入ください) :

7) 主治医からの説明内容 :

8) 相談理由 (必ずご記入ください) :

セカンドオピニオン相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した。

（依頼者） _____ が、私の家族（続柄 _____）であり、
この者に、貴院担当医師が、私の疾患に関する診断および治療内容や予後について、
意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者氏名

自署